DOCUMENT: 860-220/004

PROVINCIAL-TERRITORIAL CONFERENCE OF MINISTERS OF HEALTH

Federal/Provincial/Territorial Working Group on Confidentiality In Relation to HIV Seropositivity

Saskatoon, Saskatchewan
September 7-8, 1988

TABLE OF CONTENTS

I INTRODUCTION

II BACKGROUND
- a) Working Group
- b) Definitions
- c) Reportability
- d) Testing Facilities
- e) Reporting Requirements

III GENERAL PRINCIPLES

IV LABORATORIES
- a) Facilities
- b) Information Collected

V PUBLIC HEALTH AUTHORITIES
- a) Epidemiological
- b) Contact Tracing/Counselling

VI DISCLOSURE
- a) Disclosure to Protect the HIV Positive Person
- b) Disclosure to Protect Sexual or Other Contacts
- c) Disclosure to Protect the Public
- d) Disclosure to Protect Patients
- e) Disclosure to an Employer
- f) Insurance

VII CLOSING REMARKS

APPENDICES

I Testing facilities ..... A-I
II Legislation Relating to HIV..... A-2
III Laboratory Requisition and Case Reporting Forms..... A-3

WORKING GROUP
MEMBERSHIP

Chairman	Dr. R.M. MacMillan (Ontario)
Alberta	Dr. A. Murdoch
Federal Government	J.F. Finlay (F.C.A.) S. Archibald (Counsel)
New Brunswick	Dr. D. Allison
Nova Scotia	Dr. P. Lavigne
N.W.T.	Dr. D. Kinloch
Ontario	Dr. E. Wallace Ms. C. Wysocki (Counsel)

I INTRODUCTION

Questions surrounding HIV testing and reporting highlight the need for a balance between two competing objectives: protecting the public from an incurable disease and protecting the rights of the individuals who are being tested.

This discussion document outlines basic guiding principles which would enable sound public health measures while ensuring that the rights of the individual are protected.

These principles are intended to apply to all individuals who are tested for HIV infection, and not only those who are found to be HIV positive or those who have developed clinical AIDS.

This paper does not attempt to address the seroprevalence research component of HIV testing but focusses on testing of individuals.

II BACKGROUND

(a) The Working Group

The Working Group on Confidentiality - HIV Seropositivity is a subcommittee of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on AIDS. The Working Group was established to develop public health principles which would assure confidentiality in HIV seropositivity testing and reporting.

The terms of reference of the Working Group were:

1. To develop principles for national application on the major legal and ethical issues with respect to confidentiality that arise in the diagnosis and treatment of HIV infections.

2. The principles should be developed for applicability to both HIV seropositive individuals as well as for those with AIDS.

3. The principles should be developed to address disclosure issues for the following:

   i) health/medical authorities (e.g. Federal/Provincial/Municipal Public Health Authorities; Hospital Officials, other health care workers such as dentists etc.)

ii) Private disclosure (e.g. familial situations)

iii) Public disclosure (employers, schools, institutions, insurance companies etc.)

The Principles should be developed in full cognizance of both the individual's right to privacy and health officials' duty to warn.

(b) **Definitions**

For the purposes of this discussion paper, the following definitions will be used:

Unlinked Testing: (research)	testing in which results cannot be linked, associated or connected with the person being tested; (this can be done with or without knowing the personal identity of the person tested).
Linked Testing:	
1) Anonymous	testing in which results can be linked to the patient by code (etc.) known only by the patient; and the physician (etc.) cannot know the identity of the person being tested.
2) Non-nominal	testing in which results can be linked to the person being tested by a code (which does not include personal identification of the person being tested), known by the person being tested. The physician also knows the identity of the person being tested.
3) Nominal	Testing in which results are linked to the person being tested by a personal identifier.

(c) **Reportability**

AIDS is a reportable communicable disease in all provinces and territories.

HIV seropositivety is reported, either nominally or non-nominally, in all provinces and territories and this reporting is legally mandated in all provinces and territories except:

- Alberta;
- British Columbia; and
- Quebec

(d) **Testing Facilities**

A complete listing of HIV testing sites is attached as Appendix I.

The majority of HIV testing is done in nine public health laboratories or specifically designated

hospitals across the country. The Federal Centre for AIDS laboratory provides confirmatory testing for Manitoba and acts as a reference lab for all of the provinces. British Columbia allows a private lab to do testing for U.S. Immigration purposes.

The Red Cross carries out HIV antibody testing at its 17 regional centres across Canada. The regional centres conduct the ELIZA screening test with all reference and confirmatory (Western Blot) testing being done at the Red Cross headquarters laboratory in Ottawa.

(e) **Reporting Requirements**

The reporting/confidentiality/contact tracing provisions for each province/territory as they pertain to communicable diseases, are summarized in Appendix II.

III GENERAL PRINCIPLES

The following are recommended as basic principles and minimum guidelines for HIV testing.

These principles apply equally to individuals who are HIV positive as well as those who have developed clinical AIDS.

Issues of confidentiality should be considered within the overall framework of testing:

1. As a general public health principle, anonymous testing, is felt to be less optimal than nominal testing as it may impede adequate post-test counselling and prevent notification, especially when a "duty to warn" might otherwise exist;

2. There must be informed consent by the person being tested;

3. Pre-test counselling must be carried out and should include notification of the limitations and implication of testing, including information regarding nominal reporting of positive test results in jurisdictions where this is required by law;

4. Each province should provide assurance that testing will be performed in an authenticated manner, by licensed laboratories where quality control and confidentiality are ensured;

5. Reporting of test results to the tested individual must be done in a manner that reinforces and supplements pre-test information and ensures appropriate post-test counselling;

6. Follow-up is warranted, including contact identification and tracing, where ethically justified and/or prescribed by law;

7. Reporting of a basic data set to public health authorities should be ensured; (note: - this may require statutory authority)

8. The legal requirements for reporting procedures should be designed to protect the confidentiality of those tested and their contacts.

IV LABORATORIES

(a) Facilities

Each province/territory must ensure that HIV testing is conducted in "controlled" laboratories where both quality control and confidentiality are ensured.

(b) Information Collected

Information on HIV testing is collected by laboratories on requisition forms. The information on the form must be sufficient:

i) to direct the laboratory regarding the test to be performed, the indication for that test, and the name and address of the referring physician;

ii) to permit the referring physician to match the test result with the individual from whom the blood specimen was obtained; and,

iii) to provide the basic data set to the appropriate public health authority.

All laboratories should be encouraged to obtain a minimum data set. This information should be reported to public health authorities, irrespective of current policies regarding contact tracing for HIV positive test results.

The basic data set should include:

i) name of the health professional ordering the test;

ii) a patient identifier (either code or name);

iii) age;

iv) sex;

v) indication for testing (e.g. member of a specified high risk group, tissue, blood or organ donor, diagnostic, insurance);

vi) test result (and test system, where these vary from one laboratory to another).

The referring physician should know the name and must be able to contact the individual being tested to ensure that the test results can be fully communicated (including post-test counselling, as indicated), and to facilitate contact identification and tracing, where this is to be carried out.

As a final principle, tested individuals should not be identified or identifiable through health insurance or other personal identification numbers. Where insurance or other personal identification numbers are used, conditions should be established to ensure confidentiality.

Note: Appendix III contains a copy of:

i) generic requisition and report form-reference HIV serology (formerly referred to as HTLV III) and;
ii) Acquired Immunodeficiency Syndrome adult case report form.

V PUBLIC HEALTH AUTHORITIES

The Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee has recommended that:

> "As a general principle, reporting by laboratories to public health authorities of HIV antibody testing results should be non-nominal, provided Provincial/Territorial prevention activities for HIV transmission are not jeopardized."

Public Health authorities need to know information with respect to HIV testing for three purposes;

- To obtain sufficient epidemiological information on the spread of the disease to enable targetting of prevention/education efforts;
- To ensure counselling of infected persons about modifying their conduct to prevent the spread of the disease;
- To contact trace and test/counsel potentially infected individuals.

a) Epidemiological

As a minimum acceptable level of public health practice, the basic data set for HIV testing should be collected at the time the test is requested. In a jurisdiction where contact tracing is not required by legislation, it is essential to obtain this information when the test is requisitioned. This will enable the reporting of a uniform national data set.

b) Contact Tracing/Counselling

It is desirable that contact identification and tracing be undertaken to reduce the spread of HIV infection. Contact tracing requires the reportability of HIV seropositivity on either a nominal or non-nominal basis to either the physician or the public health officials.

Testing can be non-nominal, where permitted by law as long as contact tracing will occur by one of the following mechanisms:

i) The physician who initiated the test requisition ensures that contact tracing is being done, and reports non-nominal data regarding all HIV positive persons.

ii) The physician obtains from the HIV positive patient a list of contacts, which is given to the public health authority for contact tracing.

iii) Where (i) or (ii) are not possible the physician should report nominally the HIV positive individual to public health authorities for contact tracing.

Physicians should be empowered to legally request the assistance of Public Health authorities for the purposes of contact tracing, when this is ethically justified.

Since contact tracing requires "informed" consent, even in the non-nominal mode, a physician must inform the patient of the reporting requirements as part of pre-test counselling. A patient must be informed that through contact tracing there is a possibility, that his/her identity could be revealed, even if reporting was non-nominal.

In addition, it is recommended that all provinces have legislation which empowers the public health authority to initiate proceedings to confine or to otherwise restrain persons from irresponsible conduct which constitutes a threat to others.

VI DISCLOSURE

Information about HIV status should be disclosed only for the benefit of the person being tested, e.g. where necessary to ensure appropriate medical care, or where there is a reasonable basis for believing that the conduct of an HIV infected person constitutes an unacceptable risk to the health of others.

a) Disclosure to Protect the HIV Positive Person

i. In Relation to an HIV Related Illness:

Where a patient who is HIV seropositive is admitted to a hospital, or referred to another health care professional for an HIV related illness, information regarding HIV status must be conveyed as part of the admitting or referral process. The patient must be advised that this disclosure will occur. The physician should ensure that the transmitting of this information is carried out in a manner which will protect the confidentiality of the patient.

ii. In Relation to a Non-HIV Related Illness:

For a non-HIV related illness, the referring physician should:

a. convey information regarding HIV antibody status only when such information is necessary for the appropriate medical management of the patient;

b. inform the patient of the intention to transmit such information; and

c. transmit the information in a manner which will protect the confidentiality of the patient.

b) **Disclosure to Protect Sexual or Other Contacts**

Concern has been expressed about a physician's duty to warn and protecting the physician from liability for breaching patient confidentiality in causing individuals (e.g. spouses) to be notified of a risk to infection. Disclosure must be pursuant to existing statutory requirements (e.g. Privacy Legislation). Statutory disclosure requirements are necessary to protect individuals (e.g. physicians) from liability for breach of confidentiality.

The following principles specifically address these concerns and reinforce those stated under contact tracing.

i) Persons who are believed to have had sexual contact or exposure through IV drug use to an HIV infected person and can be identified, must be informed of their risk.

ii) Where legislation or licensure obligations do not require physicians to directly notify persons at risk, the duty of disclosure of potential harm to others must be discharged by notification to public health authorities.

c) **Disclosure to Protect the Public**

In some instances a physician or a public health authority may be aware of an HIV positive individual who knowingly puts the health of others at risk. In such instances there must be a duty to disclose information to proper authorities.

i) There should be provincial legislation enabling/requiring a physician to report an individual who is HIV positive to the public health authority where the physician has reasonable and probable grounds to believe that the behaviour of his/her patient will expose others to risk of infection.

ii) Where a public health authority has reasonable and probable grounds to believe the behaviour of the HIV positive individual puts others at risk of infection, and where existing public health measures have been insufficient to protect the public,the public health official should be empowered to disclose relevant information to local law enforcement authorities.

iii) In items (i) and (ii) above, provincial legislation should enable/require that reporting is done and must protect the physician in breaching physician-patient confidentiality regarding HIV seropositivity.

d) **Disclosure to Protect Patients**

At this time, the literature has not identified any situation where HIV has been transmitted from a health care worker to a patient during the course of his/her carrying out his/her professional responsibilities.

Notwithstanding the foregoing, the following position is recommended.

Health care workers have the same right to confidentiality of personal information as workers in other occupations.

Patients are to expect that physicians and other health care workers will not act in such a way as to present a risk of transmission of infection.

i) Professional and licensing bodies of health care workers should set professional standards of practice for HIV positive members.

ii) Physicians and other health care workers (e.g. dentists, nurses) who are aware of their HIV seropositivity should be encouraged to seek confidential advice from their governing or licensing body regarding precautions to take to safeguard the health of their patients.

iii) Local public health authorities shall ensure that appropriate precautions are being practiced.

e) **Disclosure to an Employer**

i) No physician has the right or duty to inform employers of the HIV seropositivity of an individual.

ii) No employer has the right to demand that an employee be tested for HIV, nor demand to be informed of the sero status if already known by the employee.

f) **Insurance**

It should be the responsibility of the Medical Director (or designated medical officer) of an insurance company to ensure that appropriate public health officials are aware of HIV seropositive insurance applicants, by reporting results to a physician designated by the applicant, or where not possible reporting directly to public health officials.

VII CLOSING REMARKS

The Working Group recognizes that the issue of confidentiality with respect to AIDS is an area of constantly changing attitudes and perceptions.

For this reason it is recommended that this document be reviewed for pertinence annually.

APPENDIX I
HIV ANTIBODY TESTING
IN CANADA

TYPE OF LABORATORY	PROVINCE									
	ALBERTA	NOVA SCOTIA	NEWFOUNDLAND	BRITISH COLUMBIA	NWT/ YUKON	MANITOBA	ONTARIO	QUEBEC	SASKATCHEWAN	TOTAL
Public Health Laboratory	2 (Calgary/ Edmonton) ELISA + Confirmatory	1 (Halifax) ELISA + Western Blot	1 St. John's ELISA	1 (Vancouver) ELISA + Western Blot	-	1 (Winnipeg) (ELISA + Confirmatory	1 (Toronto) ELISA + Western Blot	1 (Montreal) ELISA + Confirmatory + - RIPA	1 (Regina) ELISA + Western Blot	9
Hospital Laboratory	-	1 Halifax Infirmary ELISA	-	-	-	-	2 ELISA for transplants	9 ELISA	1	13
Private Laboratory	-	-	-	1 (US Immigration) ELISA & Western Blot	-	-	-	-	-	1
Other	-	-	-	1 University of B.C.	Appropriate Provincial Lab	-	-	-	-	1
Ottawa FDA Laboratory	Reference	Reference	Confirmatory	Reference	Reference	Western Blot	Reference	Reference	Reference	1

APPENDIX II

LEGISLATION

JURISDICTION	REPORTING PROVISIONS	NOMINAL (NON-NOMINAL) REPORTING	CONFIDENTIALITY PROVISIONS	CONTACT TRACING PROVISION
Alberta	AIDS s 33 - s 37 Public Health Act, S.A. 1984 & Sched. 1 of Regs.	Non-Nominal, but Director may require name - s 63(2) P.H. Act	s 63 P.H. Act	only for sexually transmitte diseases s 66 P.H. Act
British Columbia	AIDS s 85 & s 88 Health Act R.S.B.C. 1979 & s 2 & s 3 & Sched. A of Regs	Nominal - s 4 of Regs.	s 6.1 of Regs for voluntary test s 12(6) of Regs. for mandatory test	no
Canada	AIDS, HIV subject to s 7 & s 8 Privacy Act s.c. 1982	subject to s 7 & s 8 Privacy Act	s 7 & s 8 Privacy Act s 107 Canada Pension Plan	s 7 & s 8 Privacy Act
Manitoba	AIDS - s 40 of Regs Public Health Act, S.M., 1965 HIV - s 44(e) of Regs	Nominal for AIDS - s 40(2) of Regs - unclear for HIV	s 48 of Regs.	AIDS specifically not included s 5 (Div 1, of Regs
New Brunswick	AIDS, ARC, HTLV-III or "suspected" s 96(1)(s), s 96(2) & s 97 of Regs, Health Act, R.S.N.B, 1973	Nominal - s 96(3) of Regs	s 33(1) of Health Act	no
Newfoundland	AIDS, ARC, HIV, - s 3, s 4 & s 5 of The Communicable Diseases Act, R.S.N	Nominal s 4(2) of C.D. Act	no	no

.../2

JURISDICTION	REPORTING PROVISIONS	NOMINAL (NON-NOMINAL) REPORTING	CONFIDENTIALITY PROVISIONS	CONTA TRACI PROVIS
Northwest Territories	AIDS, HIV s 3, s 4 s 5 of Communicable Diseases Regs., Public Health Ordinance, 1957 (1st) & Sched. A to Ord.	Non-nominal unless 5(3) of Regs.	no s 20(1) of Regs. for venereal disease	s 5 of
Nova Scotia	AIDS. HIV - s 2 & s 11 (15A) of Communicable and Notifiable Diseases Regs., Health Act, R.S.N.S. 1967	Nominal - s 2 of Regs	no s 97 & s 98 of Health Act for venereal disease	no - s of Heal Act for venerea disease
Ontario	AIDS, HIV - s 25 - s 30 Health Protection and Promotion Act, S.O. 1983 & s 1 of Regs. 162/84	Nominal Ontario Reg. 490/85	s 38 H.P.P. Act	no
Prince Edward Island	AIDS, HIV - s 6, s 7, s 9, s 14 & s 17 of Notifiable and Communicable Diseases Regs., Public Health Arc, S.P.E.I. 1980	information required by Chief Health Officer - s 6, s 7 & s 9 of Regs	s 22 Public Health Act	s 4, s 6 s 14 of Regs.
Quebec	AIDS - s 5 of Public Health Protection Act R.S.Q. & s 28(b) of Regs.	not indicated	s 7 P.H.P. Act	no
Saskatchewan	no information provided			
Yukon	no information provided			

Health and Welfare Canada
Health Protection Branch

Santé et Bien-être social Canada
Direction générale de la protection de la santé

L.C.D.C. NO.

REQUISITION AND REPORT FORM
REFERENCE HTLV III SEROLOGY

A. — To be completed by regional laboratory

1 LABORATORY — NAME | TELEPHONE | ADDRESS | POSTAL CODE

2. REGIONAL LABORATORY SPECIMEN NO.

3. DATE SPECIMEN TAKEN D M Y

4. PREVIOUS HTLV III SEROLOGY ☐ NONE ☐ YES → DATE OF LAST SEROLOGY D M Y

IF YES L.C.D.C. NO. RESULT: ☐ POSITIVE ☐ NEGATIVE

B. — PATIENT INFORMATION — To be completed by regional laboratory

1. PATIENT'S CODE

2. DATE OF BIRTH D M Y

3. SEX: ☐ MALE ☐ FEMALE

4. PATIENT'S SYMPTOMS/DIAGNOSES

☐ NONE ☐ FEVER ☐ FATIGUE ☐ DIARRHEA ☐ SKIN RASH ☐ WEIGHT LOSS ☐ NIGHT SWEATS

☐ DECREASED HELPER CELL NUMBER ☐ RECCURENT ORAL CANDIDIASIS ☐ KAPOSI'S SARCOMA ☐ GENERALIZED LYMPHADENOPATHY/PGL ☐ PCP

☐ ARC/PRE-AIDS ☐ AIDS (LCDC CASE DEFINITION) ☐ OTHER (specify) _____

5. PATIENT RISK GROUP

☐ NONE

☐ REFERRED BY BLOOD COLLECTION FACILITY ☐ HOMOSEXUAL/BISEXUAL MALE ☐ INTRAVENOUS DRUG USER

☐ HEMOPHILIAC ☐ WORKPLACE PARENTERAL EXPOSURE ☐ BLOOD/BLOOD PRODUCT RECIPIENT

☐ GLOBAL ENDEMIC AREA IMMIGRANT ☐ SEXUAL PARTNER OF AIDS, ARC OR ANTI-HTLV III (+) PERSON ☐ OFFSPRING OF AIDS, ARC OR ANTI-HTLV III (+) PARENT

☐ OTHER (specify): _____

C. — LABORATORY FINDINGS — To be completed by regional laboratory

1. DATE SPECIMEN RECEIVED D M Y

2. ANTI-HTLV III RESULTS

	RESULT			MANUFACTURER	LOT NO.
	POSITIVE	NEGATIVE	EQUIVOCAL		
ELISA SCREEN:					
TEST 1:	☐	☐	☐		
TEST 2:	☐	☐	☐		
TEST 3:	☐	☐	☐		
VERIFICATION TEST:					
IFA:	☐	☐	☐		
WESTERN BLOT:	☐	☐	☐		
RIPA:	☐	☐	☐		
OTHER:	☐	☐	☐		

(specify) _____

3. REASON FOR SUBMISSION TO LCDC

D. — LABORATORY FINDINGS — To be completed by Bureau of Microbiology, LCDC

1. DATE SPECIMEN RECEIVED D M Y

2. ANTI-HTLV III RESULTS

	DATE			RESULT		
	D	M	Y	POSITIVE	NEGATIVE	EQUIVOCAL
ELISA SCREENING:				☐	☐	☐
VERIFICATION TEST: IFA:				☐	☐	☐
WESTERN BLOT:				☐	☐	☐
RIPA:				☐	☐	☐
OTHER:				☐	☐	☐

(specify) _____

3. DATE RECORDED D M Y — LABORATORY SUPERVISOR

4. COMMENTS

HPB 5000 (5-86)

T.B./C.T. REG. B14079

Health and Welfare Canada
Health Protection Branch

Santé et Bien-être social Canada
Direction générale de la protection de la santé

FEDERAL CENTRE FOR AIDS
OTTAWA, ONTARIO
K1A 0L2

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME
ADULT CASE REPORT FORM

I. PATIENT INFORMATION

PROVINCIAL ID

FOR USE BY PROVINCIAL HEALTH DEPARTMENT

FOR USE BY FCA

CASE NO.

DATE RECEIVED Y M D

☐ NEW CASE REPORT
☐ UPDATE

PATIENT CATEGORY (IF APPLICABLE)
☐ ASYMPTOMATIC HIV INFECTION
☐ SYMPTOMATIC HIV INFECTION
☐ AIDS

PHYSICIAN'S NAME

TELEPHONE ( ) –

HOSPITAL NAME

CITY

☐ INPATIENT
☐ OUTPATIENT

PATIENT'S INITIALS First Middle Last

SEX ☐ M ☐ F

DATE OF BIRTH Y M D

CURRENT STATUS ☐ ALIVE ☐ DEAD ☐ UNKNOWN

DATE OF DEATH Y M D

PATIENT'S RACE
☐ AMERINDIAN INUIT/MÉTIS
☐ WHITE ☐ BLACK ☐ INDO-ASIAN
☐ HISPANIC ☐ ORIENTAL
☐ OTHER (specify)

COUNTRY OF BIRTH
☐ CANADA
☐ OTHER (specify)

DATE OF ARRIVAL IN CANADA Y M

PATIENT'S RESIDENCE AT ONSET OF ILLNESS SUGGESTIVE OF AIDS
City, Town — Province/Territory

PATIENT'S CURRENT RESIDENCE
City, Town — Province/Territory

II. DISEASES INDICATIVE OF AIDS (check (√) all that apply)

DISEASE	DATE		DIAGNOSIS		DISEASE	DATE		DIAGNOSIS	
	Year	Month	Definitive*	Presumptive*		Year	Month	Definitive*	Presumptive*
Candidiasis, bronchi, trachea, or lungs			☐	N/A	Kaposi's sarcoma			☐	☐
Candidiasis, esophageal			☐	☐	Lymphoma, Burkitt's (or equivalent term)			☐	N/A
Coccidioidomycosis, disseminated or extrapulmonary			☐	N/A	Lymphoma, immunoblastic (or equivalent term)			☐	N/A
Cryptococcosis, extrapulmonary			☐	N/A	Lymphoma (primary in brain)			☐	N/A
Cryptosporidiosis, chronic intestinal			☐	N/A	*Mycobacterium avium* complex or *M. kansasii*, disseminated or extrapulmonary			☐	☐
Cytomegalovirus disease (other than in liver, spleen, or nodes)			☐	N/A	*M. tuberculosis*, disseminated or extrapulmonary			☐	☐
Cytomegalovirus retinitis (with loss of vision)			☐	☐	*Mycobacterium*, of other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary			☐	☐
HIV encephalopathy			☐	N/A	*Pneumocystis carinii* pneumonia			☐	☐
Herpes simplex: chronic ulcer(s) (≥ 1 mo. duration) or bronchitis, pneumonitis, or esophagitis			☐	N/A	Progressive multifocal leukoencephalopathy			☐	N/A
Histoplasmosis, disseminated or extrapulmonary			☐	N/A	Salmonella septicemia, recurrent			☐	N/A
Isosporiasis, chronic intestinal (≥ 1 mo. duration)			☐	N/A	Toxoplasmosis of brain			☐	☐
* Refer to instructions on back.					Wasting syndrome due to HIV			☐	N/A

DATE OF ONSET OF SYMPTOMS SUGGESTIVE OF AIDS — Year Month

HPB 5110 (12-87)

COPY 1 – MEDICAL OFFICER OF HEALTH

III. SOCIAL AND RISK FACTORS

AFTER 1977 AND PRECEDING THE DIAGNOSIS OF AIDS, DID THIS PATIENT: (check (✓) all that apply)

	Yes	No	Unk
• Have sexual relations with a male partner?	☐	☐	☐
• Have sexual relations with a female partner?	☐	☐	☐
• Use needles for self-injection of drugs not prescribed by a physician?	☐	☐	☐
• Receive any blood products (i.e., factor VIII or IX, cryoprecipitate or fibrinogen) for the treatment of a coagulation disorder?	☐	☐	☐
• If yes, specify disorder ☐ Hemophilia A (factor VIII) ☐ Hemophilia B (factor IX) ☐ Other, specify:			
• Have heterosexual relations with any of the following: (check (✓) all that apply)			
• I.V. drug abuser	☐	☐	☐
• Bisexual man	☐	☐	☐
• Person with hemophilia/coagulation disorder	☐	☐	☐
• Blood transfusion recipient with AIDS or documented HIV infection	☐	☐	☐
• Person with AIDS or documented HIV infection	☐	☐	☐
• Person who was born or resided in a country where heterosexual transmission predominates, (e.g., African or Caribbean countries) Specify country:	☐	☐	☐
• Has patient received a transfusion of blood/blood components?	☐	☐	☐
• If yes, and this is only risk factor, give date of first and last transfusion: First Y M Last Y M			
• Work in a health-care or clinical laboratory setting?	☐	☐	☐
• If yes, specify occupation:			
• Have no identifiable risk factors	☐	☐	☐
• Have any other exposures that could have been the source of the infection? Please specify:	☐	☐	☐

IV. LABORATORY DATA

1. HIV SERUM ANTIBODY TESTS

	Pos	Neg	Inc*	Not Done
• ELISA	☐	☐	☐	☐
• Western blot immunofluorescence assay	☐	☐	☐	☐
• Other (specify)	☐	☐	☐	☐

* Inc = Inconclusive

2. HIV DETECTION TESTS
(Applicable only if serum antibody tests are not positive.)

	Pos	Neg	Inc*	Not Done
• Culture of HIV confirmed by specific HIV antigen test and reverse transcriptase detection	☐	☐	☐	☐
• HIV serum antigen test	☐	☐	☐	☐
• Other HIV test (specify)	☐	☐	☐	☐

* Inc = Inconclusive

3. IS ABSOLUTE T-HELPER LYMPHOCYTE COUNT < 400 per mm³?
(Applicable only if test results are negative for HIV infection.)

Yes	No	Unk
☐	☐	☐

V. EXCLUSION CRITERIA

If HIV tests were not positive or were not done, does this patient have any causes of immunodeficiency that would disqualify him/her from the AIDS case definition? (See instructions on back)

Yes	No	Unk
☐	☐	☐

VI. ADDITIONAL INFORMATION OR COMMENTS

PERSON COMPLETING THIS FORM	TELEPHONE ( ) -	DATE REPORT COMPLETED Y M D

TB CT REG B14079

DOCUMENT: 860-220/004

CONFÉRENCE PROVINCIALE-TERRITORIALE DES MINISTRES
DE LA SANTÉ

Groupe de travail fédéral/provincial/territorial sur la confidentialité concernant la séropositivité à l'égard du VIH

Saskatoon (Saskatchewan)
Les 7 et 8 septembre 1988

GROUPE DE TRAVAIL FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL
SUR LA CONFIDENTIALITÉ
CONCERNANT
LA SÉROPOSITIVITÉ A L'ÉGARD DU VIH

MAI 1988

TABLE DES MATIERES

I INTRODUCTION

II CONTEXTE

a) Groupe de travail

b) Définitions

c) Déclaration obligatoire

d) Installations d'analyses

e) Législation

III PRINCIPES GÉNÉRAUX

IV LABORATOIRES

a) Installations

b) Information recueillie

V AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

a) Épidémiologie

b) Relance des contacts et counseling

VI COMMUNICATION

a) Protection de la personne positive au VIH

b) Protection des contacts sexuels et autres contacts

c) Protection de la santé publique

d) Protection des patients

e) Emploi

f) Assurance

VII MOT DE LA FIN

ANNEXES

I Installations d'analyse A-1

II Législation en matière de VIH A-2

III Formules de requisition de laboratoire et formules de rapport A-3

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Président	Dr. R.M. MacMillan (Ontario)
Alberta	Dr. A. Murdock
Gouvernement fédéral	J.F. Finlay (CFS)
	S. Archibald (Justice)
Nouveau-Brunswick	Dr. D. Allison
Nouvelle-Écosse	Dr. P. Lavigne
T.N.-O.	Dr. D. Kinloch
Ontario	Dr. E. Wallace
	Mme C. Wysocki (avocate)

I INTRODUCTION

Les questions qui entourent la recherche et la déclaration des cas de séropositivité à l'égard du VIH mettent en lumière la précarité de l'équilibre entre deux objectifs opposés, à savoir : protéger le public d'une maladie incurable et protéger les droits du sujet qui subit l'épreuve de détection.

Le présent document de travail expose des principes directeurs de base qui permettraient l'adoption de mesures judicieuses en matière de santé publique tout en garantissant la protection des droits du sujet qui fait l'objet d'une épreuve de détection.

Ces principes sont destinés à être appliqués à toutes les personnes qui subissent des analyses de détection à l'égard de l'infection à VIH, et non pas seulement à celles qui se révèlent VIH positives ou qui ont développé un SIDA clinique.

Le document n'aborde pas la composante de la recherche relative à la séroprévalence mais traite plutôt de l'épreuve de détection que subit le patient.

II CONTEXTE

a) Groupe de travail

Le Groupe de travail sur la confidentialité concernant la séropositivité à l'égard du VIH est un sous-comité du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le SIDA. Il a été mis sur pied pour élaborer des principes de santé publique qui permettraient de garantir la confidentialité en ce qui a trait à la recherche et à la déclaration des cas de séropositivité à l'égard du VIH.

Son mandat est le suivant :

1. Définir des principes devant être appliqués à l'échelle nationale en ce qui a trait aux principaux points d'ordre éthique et juridique soulevés par le diagnostic et le traitement des infections à VIH sur le plan de la confidentialité.

2. Veiller à ce que les principes ainsi définis s'appliquent à la fois aux sujets séropositifs à l'égard de VIH et aux sidatiques.

3. Les principes devraient être définis pour traiter des questions de communication envers :
   i) les autorités sanitaires ou médicales (p.ex. autorités provinciales ou municipales de santé publique, représentants d'hôpital, et autres travailleurs sanitaires tels que les dentistes);
   ii) la communication privée (p. ex. situations familiales);
   iii) la communication publique (p. ex. employeurs, écoles, établissement, compagnies d'assurances).

Les principes doivent être définis en toute connaissance du droit du sujet visé à la vie privée et de l'obligation des autorités sanitaires de mettre en garde.

b) **Définitions**

Aux fins du présent document de travail, les définitions suivantes sont utilisées :

Épreuve non reliée : (recherche) — lorsque les résultats de l'épreuve ne peuvent être reliés ou associés à la personne qui subit l'épreuve; ceci peut être fait en connaissant ou non l'identité personnelle du sujet.

Épreuve reliée :

1) Anonyme — lorsque les résultats peuvent être reliés au patient selon un code qui n'est connu que de ce dernier; dans ce cas le médecin (ou autre) ne peut identifier la personne qui subit l'épreuve.

2) Non-nominative — lorsque les résultats peuvent être reliés à la personne qui subit l'épreuve par un code (qui n'inclut pas l'identification personnelle du sujet) connu seulement de la personne qui subit l'épreuve. Dans ce cas, le médecin connaît l'identité de la personne qui subit l'épreuve.

3) Nominative — épreuve par laquelle les résultats sont reliés à la personne qui subit l'épreuve à l'aide d'une identification personnelle.

c) **Déclaration obligatoire**

Le SIDA est une maladie à déclaration obligatoire dans chaque province et territoire.

Les cas de séropositivité à l'égard du VIH sont déclarés (avec ou sans nom) dans toutes les provinces et les territoires et ces déclarations sont obligatoires dans chaque province et territoire, sauf :

- en Alberta,
- en Colombie-Britannique, et
- au Québec

d) **Installations d'analyses**

L'annexe I ci-jointe présente la liste complète des établissements pratiquant les épreuves à l'égard du VIH.

La majorité des épreuves relatives au VIH est pratiquée dans neuf laboratoires de santé publique ou hôpitaux désignés expressément à cette fin, répartis partout au pays. Le laboratoire du Centre fédéral sur le SIDA offre un service d'analyses de confirmation pour le Manitoba et tient lieu de laboratoire de référence pour les autres provinces. La Colombie-Britannique autorise un laboratoire privé à pratiquer les épreuves aux fins de l'immigration américaine.

La Société canadienne de la Croix-Rouge offre des services de recherche de l'anticorps anti-VIH dans ses 17 centres régionaux répartis dans le pays. Ces centres pratiquent l'épreuve de dépistage ELISA, les épreuves de référence et de confirmation (Western Blot) étant pratiquées au laboratoire du siège social de la Croix-Rouge à Ottawa.

e) **Législation**

L'annexe II présente un résumé des dispositions relatives à la déclaration, à la confidentialité et à la relance des contacts en vigueur dans chaque province et territoire en ce qui touche les maladies transmissibles.

III PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les règles qui suivent sont recommandées comme principes et lignes directrices de base pour la recherche du VIH. Ces principes s'appliquent aussi bien aux personnes qui sont positives à l'égard du VIH qu'à celles qui ont développé un SIDA clinique.

Toute question portant sur la confidentialité devrait être étudiée dans le cadre global du dépistage :

1. Comme principe général de santé publique, l'épreuve nominative est supérieure à l'épreuve anonyme car cette dernière peut entraver la prestation d'un service adéquat de counseling après l'épreuve et empêcher la notification des résultats, même lorsqu'une "obligation de mettre en garde" existe;

2. La personne qui subit l'épreuve doit donner son consentement éclairé;

3. Le counseling avant l'épreuve doit être offert et faire état des limites et des répercussions de l'épreuve, et plus précisément de renseignements

sur la déclaration nominative des résultats positifs dans les provinces et territoires où la loi l'exige;

4. Chaque province doit donner l'assurance que les épreuves seront pratiquées selon des modalités certifiées, par des laboratoires autorisés offrant des garanties en matière de contrôle de la qualité et de confidentialité;

5. Les résultats doivent être communiqués au sujet qui a subi l'épreuve de façon à étayer et à compléter les renseignements donnés avant l'épreuve, ainsi qu'à assurer l'à-propos du counseling après l'épreuve;

6. Le suivi est justifié, notamment l'identification et la relance des contacts, lorsque des dispositions de la loi ou de l'éthique l'exigent;

7. La déclaration d'un ensemble de données de base aux autorités de santé publique doit être garantie. Il y aura peut-être lieu de légiférer en cette matière.

8. Les exigences juridiques quant aux procédures de déclaration doivent être de nature à protéger la vie privée des personnes qui ont subi l'épreuve et de leurs contacts.

IV LABORATOIRES

a) Installations

Chaque province et territoire doit veiller à ce que les épreuves relatives au VIH soient pratiquées dans des laboratoires "contrôlés", c'est-à-dire où le contrôle de la qualité et la confidentialité sont assurés.

b) Information recueillie

L'information sur les épreuves relatives au VIH est recueillie par les laboratoires sur des formules de demande. L'information dont fait état la formule doit être suffisamment détaillée pour :

i) guider les laboratoires quant à l'épreuve à pratiquer, en précisant de préférence l'épreuve en question, ainsi que le nom et d'adresse du médecin traitant.

ii) permettre au médecin traitant de relier le résultat de l'épreuve au sujet qui a fait l'objet de prélèvement de sang; et

iii) fournir l'ensemble de données de base zux autorités pertinentes de santé publique.

Il faut encourager tous les laboratoires à obtenir un ensemble minimal de données, à titre de condition de délivrance d'un permis de procéder à la recherche de l'anticorps anti-VIH. Cette information doit être communiquée aux autorités de santé publique, indépendamment des politiques en vigueur en ce qui concerne la relance des contacts dans les cas où

l'épreuve révèle une positivité à l'égard du VIH.

L'ensemble des données de base doit comprendre :

i) le nom du professionnel de la santé qui demande l'épreuve;

ii) un identificateur de patient (un code ou le nom);

iii) l'âge du patient;

iv) le sexe du patient;

v) les raisons pour lesquelles l'épreuve a été demandée (p. ex. : membre d'un groupe à risque élevé; donneur de tissus, de sang ou d'organes; diagnostic; assurance); et, enfin,

vi) le résultat de l'épreuve (et de la série d'épreuves, si des différences existent d'un laboratoire à un autre).

Le médecin traitant doit connaître le nom du patient qui subit l'épreuve, pour pouvoir communiquer avec ce dernier et s'assurer qu'il est pleinement informé des résultats (et offrir notamment un counseling subséquent au test dans les cas indiqués), ainsi que pour faciliter l'identification et la relance des contacts lorque ce suivi s'impose.

Enfin, les personnes qui subissent l'épreuve ne doivent pas être identifiées ou identifiables par des numéros d'assurance-maladie ou tout autre numéro personnel d'indentification. Lorsque ces

numéros sont utilisés, des conditions doivent être imposées pour garantir la confidentialité.

Remarque : L'Annexe III contient les formules suivantes :

i) formule générale de demande et de rapport relative à la sérologie de référence pour le VIH, (anciennement appelée HTLV III) et

ii) formule de déclaration de cas adulte de syndrome d'immunodéficience acquise.

V AUTORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial a formulé la recommandation suivante :

> "En principe, les laboratoires doivent déclarer aux autorités de santé publique les résultats de la recherche de l'anticorps anti-VIH selon une formule non nominative, à condition que les activités provinciales et territoriales visant à prévenir la transmission du VIH n'en soient pas entravées."

En ce qui a trait aux données relatives aux épreuves à l'égard du VIH, les autorités de santé publique doivent être renseignées pour trois raisons, à savoir :

1. Afin d'avoir suffisamment de données épidémiologiques sur la propagation de la maladie pour être en mesure d'orienter les efforts de prévention et de sensibilisation;

2. Afin d'assurer le counseling de sujets infectés et de les amener à modifier leur conduite de façon à prévenir la propagation de la maladie;

3. Afin de procéder à la relance des contacts pour être en mesure de faire subir l'épreuve et de conseiller des sujets potentiellement infectés.

a) **Épidémiologie**

Comme minimum acceptable sur le plan des mesures de santé publique, il faut que les données de base relatives à l'épreuve à l'égard du VIH soient recueillies au moment de la présentation de la demande de l'épreuve. Dans une province ou un territoire où la relance des contacts n'est pas prévue par la loi, il est essentiel d'obtenir cette information au moment où l'épreuve est demandée, ce qui permettra de déclarer un ensemble uniforme de données nationales.

b) **Relance des contacts et counseling**

Il est souhaitable que l'idendification et la relance des contacts soient entreprises si l'on veut réduire la propagation de l'infection à VIH. La relance des contacts exige que les cas de séropositivité à l'égard du VIH soient signalés au médecin visé ou aux autorités de santé publique, sur une base nominative ou non nominative.

L'épreuve peut être non nominative lorsque la loi le permet, pourvu que la relance des contacts soit effectuée selon une des formules suivantes :

i) Le médecin qui a demandé que le test soit pratiqué veille à ce que la relance des contacts soit effectuée et signale des données non nominatives concernant toutes les personnes VIH positives.

ii) Le médecin obtient du patient VIH positif une liste de contacts qu'il remet aux autorités de santé publique à des fins de relance.

iii) Lorsque les formules susmentionnées ne peuvent être appliquées, le médecin doit signaler aux autorités de santé publique le sujet VIH positif, en précisant le nom de ce dernier, à des fins de relance des contacts.

On devrait permettre aux médecins de demander légalement l'aide des autorités de santé publique pour la relance des contacts, lorsque l'éthique le justifie.

Comme la relance des contacts exige le consentement "éclairé" même dans le cas de la formule non nominative, le médecin est tenu d'informer le patient des exigences relatives à la déclaration dans le cadre du counseling offert avant l'épreuve. Le patient doit être informé que, du fait de la relance des contacts, son identité pourrait être révélée, même si la déclaration était non nominative.

En outre, il est recommandé que toutes les provinces adoptent des lois autorisant les autorités de santé publique à avoir recours à des moyens légaux pour isoler des personnes et les empêcher de commettre des actes irresponsables pouvant représenter une menace pour d'autres, ou à prendre d'autres moyens pour arriver à cette fin.

VI COMMUNICATION

L'information concernant le statut d'un patient à l'égard du VIH ne devrait être communiqué que dans l'intérêt du patient, pour lui permettre de recevoir les soins appropriés, ou lorsqu'il y a tout lieu de croire que la conduite de la personne infectée au VIH représente un risque inacceptable pour la santé des autres.

a) Protection de la personne positive au VIH

i. En matière de maladie reliée au VIH

L'orsqu'un patient VIH séropositif est hospitalisé ou référé à un autre professionnel de la santé pour une maladie reliée au VIH, les renseignements relatifs à son état doivent être divulgués dans le cadre du processus habituel d'admission et de demande de consultation. On doit avertir le patient que cette communication prendra place. Le médecin traitant doit s'assurer que la transmission de renseignements se fera de matière à garantir la confidentialité du sujet.

ii. En matière de maladie non reliée au VIH

Pour une maladie non reliée au VIH, le médecin traitant devrait :

a) fournir les renseignements relatifs à la séropositivité au VIH du patient seulement dans les cas où il est nécessaire de le faire pour la gestion médicale approprié du patient;

b) informer le patient de son intention de communiquer ces renseignements; et

c) communiquer ces renseignements de manière à protéger la confidentialité du patient.

b) **Protection des contacts sexuels et autres contacts**

Des inquiétudes ont été exprimées au sujet du dilemme entre le devoir de médecin et la protection de ce dernier pour toute poursuite relative au bris du secret professionnel, en informant les contacts du patient (p. ex. le conjoint) du risque d'infection. La communication doit se faire conformement aux exigences statutaires (p. ex. législation en matière de confidentialité). Il est nécessaire de prévoir des mesures statutaires de divulgation pour protéger les individus (p. ex. les médecins) vis-à-vis leur responsabilité pour tout manquement à la confidentialité. Les principes qui suivent visent particulièrement ces inquiétudes et renforcent les points énoncés au sujet de la relance des contacts.

i) Les personnes dont on a tout lieu de croire qu'elles ont été exposées à un sujet infecté par le VIH, par suite de contacts sexuels ou d'usage de drogues i.v., et qui peuvent être identifiées, doivent être informées de leur risque.

ii) Lorsque les médecins ne sont tenus ni par la législation, ni par la réglementation professionnelle, d'informer directement les personne à risque, ils doivent se décharger de l'obligation d'informer d'autres personnes des torts éventuels qui les menacent en notifiant les autorités de santé publique.

c) **Protection de la santé publique**

Un médecin ou un représentant de la santé publique peuvent avoir connaissance du fait qu'un sujet VIH positif met sciemment la santé d'autres personnes en danger. Dans de tels cas, il faut qu'il y ait obligation de communiquer des renseignements aux autorités pertinentes.

i) La législation provinciale devrait prévoir des dispositions permettant/exigeant qu'un médecin signale aux autorités de santé publique tout patient positif à l'égard du VIH, lorsque ce médecin a des motifs raisonnables et probables de croire que, par son comportement, le sujet en question exposera d'autres personnes au risque d'infection.

ii) Lorsqu'un représentant de la santé publique a des motifs raisonnables et probables de croire que le comportement d'un sujet entraîne un risque d'infection pour d'autres personnes, et que les mesures de santé publique en vigueur n'ont pas réussi à protéger le public, il doit être habilité à communiquer les renseignements pertinents aux autorités policières locales.

iii) Dans les cas i) et ii) susmentionnés, la législation provinciale devrait permettre/exiger la déclaration, et doit protéger le médecin qui viole le secret professionnel en divulgant des faits confidentiels en ce qui concerne la séropositivité de son patient à l'égard du VIH.

d) **Protection des Patients**

Présentement, il n'y a pas de cas rapportés dans la littérature où un patient aurait été infecté au VIH par un travailleur de la santé dans le cadre de ses responsabilités professionnelles. Néanmoins, on recommande l'approche suivante:

Les travailleurs sanitaires ont le même droit à la confidentialité des renseignements personnels que tout autre travailleur.

Les patients doivent compter sur le fait que les médecins et les autres travailleurs sanitaires ne se conduiront pas de façon à les exposer à un risque de transmission d'infection par le VIH.

i) Les associations professionnelles et les organismes de réglementation des travailleurs de la santé doivent définir des normes professionnelles d'exercice pour leurs membres VIH positifs.

ii) Les médecins et autres travailleurs sanitaires (p. ex., dentistes, infirmières et infirmiers) qui savent être séropositifs à l'égard du VIH devraient être encouragés à demander des conseils confidentiels à leur organisme de réglementation en ce qui concerne les précautions à prendre pour protéger la santé de leurs patients.

iii) Les autorités locales de santé publique doivent veiller à ce que des précautions adéquates soient prises.

e) **Emploi**

i) Aucun médecin n'a le droit ou l'obligation d'informer un employeur de la séropositivité d'un sujet à l'égard du VIH.

ii) Aucun employeur n'a le droit d'exiger qu'un employé subisse l'épreuve de dépistage ou de demander à connaître les résultats de l'épreuve qui auraient déjà été transmis à l'employé.

f) **ASSURANCE**

Le directeur médical (ou le médecin désigné) d'une compagnie d'assurances devrait être tenu de veiller à ce que les représentants de santé publique concernés soient mis au courant de la séropositivité à l'égard du VIH de candidats à une assurance, en signalant le résultat à un médecin désigné par le candidat ou, si cela n'est pas possible, directement aux autorités de santé publique.

VII MOT DE LA FIN

Le Groupe de travail reconnaît que la confidentialité relative au SIDA est un domaine où les attitudes et les perceptions changent constamment.

Il est donc recommandé que le présent document soit revu chaque année.

ANNEXE 1
RECHERCHE DE L'ANTICORPS ANTI-VIH
AU CANADA

PROVINCE/TERRITOIRE

TYPE DE LABORATOIRE	ALBERTA	NOUVELLE-ÉCOSSE	TERRE-NEUVE	COLOMBIE-BRITANNIQUE	T. N.-O./ YUKON	MANITOBA	ONTARIO	QUÉBEC	SASKATCHEWAN	TOTAL
Laboratoire de santé publique	2 (Calgary Edmonton) ELISA + Western Blot	1 (Halifax) ELISA + Western Blot	1 (Saint-Jean) ELISA	1 (Vancouver) ELISA + Western Blot		1 (Winnipeg) ELISA + certaines épreuves de confirmation	1 (Toronto) ELISA + Western Blot	1 (Montréal) ELISA + épreuves de confirmation + RIPA	1 (Regina) ELISA + Western Blot	9
Laboratoire d'hôpital		1 (Halifax) Infirmerie					2 ELISA pour	9 ELISA ELISA transplantations	1	13
Laboratoire privé				1 (Immigration des É.-U.) ELISA + Western Blot						1
Autre Université		provincial		1 de la C.-B.	Laboratoire pertinent					1
Laboratoire du CFS (Ottawa)	Référence	Référence	Confirmation	Référence	Référence	Western Blot	Référence	Référence	Référence	1

ÉBAUCHE

ANNEXE II

LÉGISLATION

PROVINCE/ TERRITOIRE	DISPOSITIONS - DÉCLARATION	DÉCLARATION NOMINATIVE (NON NOMINATIVE)	DISPOSITIONS - CONFIDENTIALITÉ	DISPOSITIONS RELANCE DES CONTACTS
Alberta	SIDA : art. 33 - 37, Public Health Act, S.A. 1984 & Sched. 1 of Regs.	Non nominative, mais le Directeur peut exiger le nom : art. 63(2), Public Health Act	Art. 63, Public Health Act	Uniquement pour les maladies transmises sexuellement; art. 66, Public Health Act
Colombie-Britannique	SIDA : art. 85, 88, Health Act, R.S.B.C. 1979, art 2, 3 & Sched. A of Regs	Nominative : art. 4 du Règ.	Art. 6.1 du Règ. pour l'épreuve volontaire; art. 12(6) du Règ. pour l'épreuve requise	Non
Canada	SIDA, VIH : art. 7 et 8, Loi sur la protection des renseignements personnels, S.C. 1982	Art. 7 et 8, Loi sur la protection des renseignements personnels	Art. 7 et 8, Loi sur la protection des renseignements personnels; art. 107, Régime de pensions du Canada	Art. 7 et 8, Loi sur la protection des renseignements personnels
Manitoba	SIDA : art. 40, Regs., Public Health Act, S.M., 1965 VIH : art. 44(e), Regs.	Nominative pour le SIDA : art. 40(2) du Règ. Imprécis pour le VIH	Art. 48 du Règ.	SIDA spécifiquement non inclus : art. 5 (Titre 1) du Règ.
Nouveau-Brunswick	SIDA, para-SIDA, HTLV-III ou "cas suspect": art. 96(1) s), 96(2) et 97 du Règ., Loi sur la santé, L.R.N.B. 1973	Nominative : art. 96(3) du Règ.	Art. 33(1) de la Loi sur la santé	Non
Terre-Neuve	SIDA, para-SIDA, VIH : art. 3, 4 et 5, The Communicable Diseases Act, R.S.N.	Nominative : art. 4(2), The Communicable Diseases Act	Non	Non

ÉBAUCHE

ANNEXE II

LÉGISLATION

PROVINCE/ TERRITOIRE	DISPOSITIONS - DÉCLARATION	DÉCLARATION NOMINATIVE (NON NOMINATIVE)	DISPOSITIONS - CONFIDENTIALITÉ	DISPOSITIONS RELANCE DES CONTACTS
Territoires du Nord-Ouest	SIDA, VIH : art. 3, 4 et 5, Communicable Diseases Regs., Public Health Ordinance, 1957 (1st) et Sched. A to Ord.	Non nominative, sauf 5(3) du Règ.	Non : art. 20 (1) du Règ. pour les maladies vénériennes	Art. 5 du Règ.
Nouvelle-Écosse	SIDA, VIH : art.2 et 11 (15A), Communicable and Notifiable Diseases Regs., Health Act, R.S.N.S. 1967	Nominative : art. 2 du Règ.	Non : art. 97 et 98, Health Act, pour les maladies vénériennes	Non : art. 93, Health Act, pour les maladies vénériennes
Ontario	SIDA, VIH : art. 25-30, Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.O. 1983, & art. 1 du Règ., 162/84	Nominative : Règ. de l'Ontario, 490/85	Art. 38, Loi sur la protection et la promotion de la santé	Non
Île-du-Prince-Édouard	SIDA, VIH : art. 6, 7, 9, 14 & 17, Notifiable and Communicable Diseases Regs., Public Health Act, S.P.E.I. 1980	Renseignement exigé par le médecin-hygiéniste en chef : art. 6, 7 et 9 du Règ.	Art. 22, Public Health Act	Art. 4, 6 et 14 du Règ.
Québec	SIDA : art. 5 de la Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., et art. 28 b) du Reg.	Non précisé	Art. 7, Loi sur la protection de la santé publique	Non
Saskatchewan	Aucun renseignement fourni			
Yukon	Aucun renseignement fourni			

Santé et Bien-être social Canada
Direction générale de la protection de la santé

Health and Welfare Canada
Health Protection Branch

LLCM N°

DEMANDE D'ÉPREUVE SÉROLOGIQUE HTLV-III ET RAPPORT

A. — À être remplie par le laboratoire régional

1 LABORATOIRE — NOM | TELEPHONE | ADRESSE | CODE POSTAL

2 NUMÉRO DE L'ÉCHANTILLON DU LABORATOIRE RÉGIONAL

3 DATE DE PRÉLÈVEMENT DU SPÉCIMEN — J M A

4 SÉROLOGIE HTLV III INITIALE ☐ NON ☐ OUI → DATE DE LA DERNIÈRE SÉROLOGIE — J M A

SI OUI — LLCM N° | RÉSULTAT ☐ POSITIF ☐ NÉGATIF

B. — RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT — À être remplie par le laboratoire régional

1 CODE DU PATIENT

2 DATE DE NAISSANCE — J M A

3 SEXE ☐ MASCULIN ☐ FÉMININ

4 SYMPTÔME DU PATIENT

☐ AUCUN ☐ FIÈVRE ☐ FATIGUE ☐ DIARRHÉE ☐ ÉRUPTION CUTANÉE ☐ PERTE DE POIDS ☐ SUEURS NOCTUR
☐ DIMINUTION DU NOMBRE DES LYMPOCYTEST AUXILIAIRES ☐ CANDIDIOSE ORALE RÉCURRENT ☐ SARCOME DE KAPOSI ☐ LYMPHADÉNOPATHIE GÉNÉRALISÉE ☐ PPC
☐ ARS/PARA-SIDA ☐ SIDA (DÉFINITION DE CAS DU LLCM) ☐ AUTRE (préciser) _____

5 GROUPE À RISQUE AUQUEL APPARTIENT LE PATIENT

☐ AUCUN
☐ PATIENT ADRESSÉ PAR UN SERVICE DE PRÉLÈVEMENT DE SANG ☐ HOMME HOMOSEXUEL/BISEXUEL ☐ TOXICOMANE (DROGUE I.V.)
☐ HÉMOPHILE ☐ EXPOSITION PARENTÉRALE ☐ TRANSFUSE — SANG/PRODUIT DU SANG
☐ IMMIGRANT D'UNE RÉGION D'ENDÉMIE ☐ PARTENAIRE SEXUEL D'UN CAS DE SIDA, DE PARA-SIDA, OU D'UN PATIENT ANTI-HTLV-III POSITIF ☐ ENFANT D'UN CAS DE SIDA, DE PARA-SIDA, OU D'UN PARENT ANTI-HTLV-III POSITIF
☐ AUTRE (préciser) _____

C. — RÉSULTATS DE LABORATOIRE — À être remplie par le laboratoire régional

1 DATE DE RÉCEPTION DU SPÉCIMEN — J M A

2 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-HTLV-III

	RÉSULTAT			FABRICANT	N° DU LOT
	POSITIF	NÉGATIF	ÉQUIVOQUE		
DÉPISTAGE PAR MÉTHODE ELISA:					
1re ÉPREUVE	☐	☐	☐		
2e ÉPREUVE	☐	☐	☐		
3e ÉPREUVE	☐	☐	☐		
ÉPREUVE DE CONFIRMATION:					
IFA	☐	☐	☐		
IMMUNOBLOTTING (WESTERN BLOT)	☐	☐	☐		
RIPA	☐	☐	☐		
AUTRE	☐	☐	☐		

(préciser) _____

3 RAISON DE SOUSMISSION À LLCM

D. — RÉSULTATS DE LABORATOIRE — À être remplie par le Bureau de microbiologie, LLCM

1 DATE DE RÉCEPTION DU SPÉCIMEN — J M A

2 RÉSULTATS DE LA RECHERCHE D'ANTICORPS ANTI-HTLV-III

	DATE			RÉSULTAT		
	J	M	A	POSITIF	NÉGATIF	ÉQUIVOQUE
DÉPISTAGE PAR MÉTHODE ELISA:				☐	☐	☐
ÉPREUVE DE CONFIRMATION: IFA				☐	☐	☐
IMMUNOBLOTTING (WESTERN BLOT)				☐	☐	☐
RIPA				☐	☐	☐
AUTRE				☐	☐	☐

(préciser) _____

3 ANNOTÉ LE — J M A | SURVEILLANT DU LABORATOIRE

4 COMMENTAIRES

Santé et Bien-être social Canada
Direction générale de la protection de la santé

Health and Welfare Canada
Health Protection Branch

CENTRE FÉDÉRAL SUR LE S
OTTAWA (ONTA
K1A

SYNDROME D'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE
FORMULE DE DÉCLARATION DE CAS ADULTE

I. RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

IDENT DE LA PROV

À L'USAGE DES MINISTÈRES PROVINCIAUX DE LA SANTÉ

À L'USAGE DU CF

N° DE CASE

DATE DE RÉCEPTION A M J

☐ NOUVEAU CAS
☐ MISE À JOUR

CATÉGORIE DU PATIENT (LE CAS ÉCHÉANT)
☐ INFECTION ASYMPTOMATIQUE À VIH
☐ INFECTION SYMPTOMATIQUE À VIH
☐ SIDA

NOM DU MÉDECIN | TÉLÉPHONE ( ) – | HÔPITAL | VILLE | ☐ MALADE HOSPITALISÉ ☐ MALADE EXTERNE

INITIALES DU PATIENT | Prénom | 2e nom | Nom de fam | SEXE M ☐ F ☐ | DATE DE NAISSANCE A M J | ÉTAT ACTUEL ☐ VIVANT ☐ DÉCÉDÉ ☐ INCONNU | DATE DU DÉCÈS A M J

ORIGINE RACIALE DU PATIENT
☐ AMÉRINDIENNE INUIT MÉTISSE
☐ BLANCHE ☐ NOIRE ☐ INDO-ASIATIQUE
☐ HISPANIQUE ☐ ORIENTAL
☐ AUTRE (préciser) _____

PAYS D'ORIGINE
☐ CANADA
☐ AUTRE (préciser) _____

DATE DE L'ARRIVÉE AU CANADA A M

LIEU DE RÉSIDENCE DU PATIENT À L'INSTALLATION DE L'ATTEINTE ÉVOCATRICE D'UN SIDA
Ville/Village | Province/Territoire

ADRESSE ACTUELLE DU PATIENT
Ville/Village | Province/Territoire

II. ATTEINTES RÉVÉLATRICES D'UN SIDA (cocher (√) toutes les cases pertinentes)

ATTEINTE	DATE Année	DATE Mois	DIAGNOSTIC de certitude	DIAGNOSTIC de présomption	ATTEINTE	DATE Année	DATE Mois	DIAGNOSTIC de certitude	DIAGNOSTIC de présomption
Candidose - bronches, trachée ou poumons			☐	S/O	Sarcome de Kaposi			☐	☐
Candidose, œsophage			☐	☐	Lymphome - de Burkitt (ou terme équivalent)			☐	S/O
Coccidioïdomycose - généralisée ou extrapulmonaire			☐	S/O	Lymphome - immunoblastique (ou terme équivalent)			☐	S/O
Cryptococcose - extrapulmonaire			☐	S/O	Lymphome (cérébral primaire)			☐	S/O
Cryptosporidiose - chronique intestinale			☐	S/O	Complexe *Mycobacterium avium* ou maladie à *M. kansasii* - atteinte diffuse ou extrapulmonaire			☐	☐
Cytomégalovirose (site autre que foie, rate ou ganglions lymphatiques)			☐	S/O	*M. tuberculosis* - atteinte diffuse ou extrapulmonaire			☐	☐
Rétinite à cytomégalovirus (avec perte de vision)			☐	☐	Mycobactériose (espèces autres ou non identifiées) - généralisée ou extrapulmonaire			☐	☐
Encéphalopathie à VIH			☐	S/O	Pneumonie à *Pneumocystis carinii*			☐	☐
Herpès simplex: ulcère(s) chronique(s) (durant > 1 mois), ou bronchite, pneumonite ou œsophagite			☐	S/O	Leuco-encéphalopathie multifocale progressive			☐	S/O
Histoplasmose - généralisée ou extrapulmonaire			☐	S/O	Septicémie à salmonelles - récidivante			☐	S/O
Coccidiose - chronique intestinale (durant > 1 mois)			☐	S/O	Toxoplasmose du cerveau			☐	☐
***Voir les directives au verso**					Syndrome d'émaciation à VIH			☐	S/O

DATE D'INSTALLATION DES SYMPTÔMES ÉVOCATEURS DU SIDA — Année | Mois

HPB 5110A (12-87)

COPIE 1 – MÉDECIN HYGIÉNISTE

III. FACTEURS SOCIAUX ET FACTEURS DE RISQUE

DEPUIS 1977 ET AVANT LE DIAGNOSTIC DE SIDA, LE PATIENT A-T-IL (cocher (·) toutes les cases pertinentes)

	Oui	Non	Inconnu
• eu des rapports sexuels avec un partenaire masculin?	☐	☐	☐
• eu des rapports sexuels avec une partenaire féminine?	☐	☐	☐
• fait usage de drogues injectables non prescrites par un médecin?	☐	☐	☐
• reçu un produit sanguin (c.-à-d. facteur VIII ou IX, cryoprécipité ou fibrinogène) pour traiter un déréglement de la coagulation?	☐	☐	☐
• Si oui, préciser ☐ Hémophilie A (facteur VIII) ☐ Hémophilie B (facteur IX) ☐ Autre, préciser			
• eu des rapports sexuels avec (cocher (·) toutes les cases pertinentes):			
• un toxicomane qui se pique	☐	☐	☐
• un homme bisexuel	☐	☐	☐
• un sujet atteint d'hémophilie ou d'une trouble de coagulation	☐	☐	☐
• un transfusé présentant un SIDA ou une infection à VIH documentée	☐	☐	☐
• un sujet atteint de SIDA ou d'infection à VIH	☐	☐	☐
• un sujet qui est né ou a résidé dans un pays où la transmission hétérosexuelle prédomine (p. ex., pays d'Afrique ou des Antilles). Préciser le pays	☐	☐	☐
• fait l'objet d'une transfusion de sang dérivés sanguins?	☐	☐	☐
• Si oui, et s'il s'agit du seul facteur de risque, préciser la date de la première et de la dernière transfusion: 1re A M ☐☐ Dernière A M ☐☐			
• travaillé dans un milieu de soins de santé ou dans un laboratoire clinique?	☐	☐	☐
• Si oui, préciser l'emploi:			
• Aucun facteur de risque identifiable	☐	☐	☐
• Subi d'autres expositions qui pourraient avoir été la source de l'infection? Préciser:	☐	☐	☐

IV. RÉSULTATS DE LABORATOIRE

1. DÉTECTION DES ANTICORPS SÉRIQUES ANTI-VIH

	Pos	Neg	NC*	NP**
• ELISA	☐	☐	☐	☐
• Western Blot/immunofluorescence	☐	☐	☐	☐
• Autre (préciser)	☐	☐	☐	☐

* NC = non concluante ** NP = non pratiquée

2. DÉTECTION DU VIH
(Seulement en cas de non-positivité de la détection des anti-corps sériques)

	Pos	Neg	NC*	NP**
• Culture du VIH confirmée par une épreuve spécifique de l'antigène du VIH et par la détection de la transcriptase inverse	☐	☐	☐	☐
• Détection sérologique de l'antigène du VIH	☐	☐	☐	☐
• Autre épreuve de détection du VIH (préciser)	☐	☐	☐	☐

* NC = non concluante ** NP = non pratiquée

3. LA NUMÉRATION ABSOLUE DES LYMPHOCYTES T-AUXILIAIRES EST-ELLE < 400 par mm³?
(Seulement si les tests sont négatifs à l'égard de l'infection à VIH)

Oui	Non	Inconnu
☐	☐	☐

V. CRITÈRES D'EXCLUSION

Si la détection du VIH s'est révélée non positive ou n'a pas été pratiquée, préciser si le patient vise présente une carence immunitaire pouvant s'expliquer par des facteurs qui l'excluraient de la définition du cas de SIDA. (Voir les directives au verso)

Oui	Non	Inconnu
☐	☐	☐

VI. RENSEIGNEMENTS OU COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES

PERSONNE QUI REMPLIT LA FORMULE	TÉLÉPHONE ( )	DATE DU RAPPORT	A	M	J